

Was ist falsch am Fallpauschalensystem?

Fakten und Argumente 1

► Die Theorie des deutschen DRG-Systems: mit fairem Wettbewerb zu hoher Qualität

Auf den ersten Blick erscheint die Idee einer Krankenhausfinanzierung über Fallpauschalen nachvollziehbar und fair. Der Leistungsumfang eines Krankenhauses wird dabei mit moderner IT-Technologie wirklichkeitsgetreu abgebildet. Geld gibt es nur für behandelte Krankheitsfälle und zwar: gleiches Geld für gleiche Leistungen. Am Ende entspricht das Budget eines Krankenhauses der Anzahl seiner PatientInnen und dem Aufwand ihrer Behandlung. Damit sollen faire Wettbewerbsbedingungen zwischen den Krankenhäusern geschaffen werden, so dass sich im Konkurrenzkampf die leistungsfähigsten Krankenhäuser am Ende auf dem Markt durchsetzen können. Der Theorie nach soll sich so eine gleichmäßige und hohe Versorgungsqualität zu günstigen Preisen herausbilden, die dem Wohl der PatientInnen dient. Krankenkassen, Gesundheitsökonominnen und nahezu alle Parteien feiern das deutsche DRG-System für die Verwirklichung marktwirtschaftlicher Prinzipien, die zumindest von außen vielversprechend erscheinen mögen.

Probleme waren der Bundesregierung schon vor Einführung des Systems durch Studien zur Wirkung von DRGs insbesondere in den USA bekannt. Diese Studien und die daraus abgeleiteten Empfehlungen wurden jedoch nicht weiter beachtet.¹

1 Vgl. Michael Simon: Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Historische Entwicklung und Probleme der politischen Steuerung stationärer Krankenversorgung, Opladen 2000

► Die alltägliche Praxis in den Krankenhäusern – Mangelwirtschaft und Vergeudung

PatientInnen und Beschäftigte, die den Alltag in deutschen Krankenhäusern von innen erleben, berichten von ganz anderen Erfahrungen. Mangelnde pflegerische Zuwendung, offensichtliche Verstöße gegen grundlegende Regeln (etwa der Hygiene), Zeitnot und Arbeitshetze, wenig Zeit für Zuwendung und Gespräche mit PatientInnen und für die Aus- und Weiterbildung junger KollegInnen, unstrukturierte Behandlungsabläufe und Desorganisation, oft auch beim Übergang von einer Krankenhausbehandlung zu Anschlussrehabilitation und Pflege oder bei einer zu frühzeitigen Entlassung nach Hause.

► »Ökonomisierung« steht einer Orientierung am Patientenwohl entgegen

Organisationen und Persönlichkeiten, die sich im Bündnis Krankenhaus statt Fabrik zusammengeschlossen haben, sehen in der zunehmenden Ökonomisierung und Kommerzialisierung von Krankenhaus und Gesundheitswesen ein entscheidendes Hindernis für eine konsequente Orientierung der Abläufe am Patientenwohl. Mit dieser Broschüre und unter www.krankenhaus-statt-fabrik.de berichten wir über die aktuellen Fehlentwicklungen, erklären deren Ursachen aus unserer Sicht und machen Vorschläge für eine bedarfsgerechte, am Gemeinwohl orientierte Krankenhauspolitik.

In diesem Kapitel analysieren wir Fehlentwicklungen, die zumindest solange unvermeidlich sind, wie die ökonomischen Zwangsgesetze des deutschen Fallpauschalensystems Geltung haben.

► Wirtschaftlichkeit geht auch ohne Ökonomisierung

Wichtig ist es, zwischen Wirtschaftlichkeit und Ökonomisierung zu unterscheiden. Die zentrale Ethikkommission der deutschen Ärzteschaft erklärt *Wirtschaftlichkeit* ärztlichen Handelns als eine möglichst effiziente, also sparsame und effektive, d.h.

wirksame Zuteilung von Gütern und Dienstleistungen. Sie stehe zur moralischen Integrität des Arztberufs keineswegs im Widerspruch. Eine *Ökonomisierung* liege dagegen vor, »wenn betriebswirtschaftliche Parameter jenseits ihrer Dienstfunktion für die Verwirklichung originär medizinischer Aufgaben eine zunehmende Definitionsmacht über individuelle und institutionelle Handlungsziele gewinnen.«² Der deutsche Ethikrat sieht durch Ökonomisierung die Arzt-Patient-Beziehung in Gefahr: »Zwingt eine angespannte Marktsituation im stationären Versorgungssektor hingegen zu einem Konkurrenzkampf um beschränkte Ressourcen, sodass damit die Existenzfrage für ein Krankenhaus oder eine Fachabteilung in einem Krankenhaus verbunden ist, besteht die Gefahr, dass fremdnützige Aspekte (...) in die Behandlungssituation und die Arzt-Patient-Beziehung einfließen. In diesem Fall geraten die Normsysteme einer dem Patientenwohl verpflichteten medizinischen Ethik und einem Handeln primär nach ökonomischen Grundsätzen in Konflikt.«³

► **Das Problem im Fallpauschalensystem: der Vorrang ökonomischer Ziele**

Tatsächlich stehen die Krankenhäuser seitdem wirtschaftlich ständig unter Stress. Nach dem gesetzlichen Prinzip der dualen Krankenhausfinanzierung haben die Bundesländer für Investitionskosten und die Versicherungsgemeinschaft für Betriebskosten von Krankenhäusern aufzukommen. Das InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH) beziffert das notwendige Jahresinvestitionsvolumen für die Kliniken in Deutschland auf sechs Mrd. Euro. Die tatsächlich bereitgestellten Mittel waren jahrelang rückläufig und liegen mittlerweile unter drei Mrd. Euro jährlich, obwohl das Gesetz etwas anderes verlangt. Die schlechte Investitionsfinanzierung hat zwar eigentlich nichts mit dem Fallpauschalensystem zu tun, sie verschärft aber dessen Wirkungen. Denn um dringende Investitionen dennoch finanzieren zu können, müssen Krankenhäuser extrem sparsam wirtschaften,

2 Ärztliches Handeln zwischen Berufsethos und Ökonomisierung, Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin (...) bei der Bundesärztekammer, Dt. Ärzteblatt, Jg. 110, Heft 38, 20.09.2013, A 1754

3 Deutscher Ethikrat, Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus, Stellungnahme vom 5. April 2016, S. 70; in: www.ethikrat.org (abgerufen am 23.04.2016)

um zum Ausgleich Überschüsse bei den Betriebskosten zu erzielen. Der Mangel an Investitionsmitteln sorgt also für alltäglichen Kostendruck.

Ihre Betriebskosten müssen Krankenhäuser fast ausschließlich aus Erlösen aus dem Fallpauschalensystem erwirtschaften. Für die aufnahmebereite Vorhaltung bedarfsnotwendiger Einrichtungen der Daseinsvorsorge wie Kreißsaal oder Intensivstation gibt es kein Geld, sondern nur für tatsächlich behandelte »Fälle«. Das unternehmerische Risiko wechselnder Auslastung liegt beim Krankenhaus. Zur Abrechnung werden mit erheblichem bürokratischen Aufwand alle behandelten PatientInnen anhand ihrer Diagnosen und Prozeduren (z.B. Operationen) computergestützt jeweils einer von mehr als tausend diagnosebezogenen Fallgruppen zugeordnet (Diagnosis Related Group – DRG). Diese Gruppen sollen medizinisch und hinsichtlich des finanziellen Behandlungsaufwandes möglichst gleich sein (homogen). Anhand detaillierter Ist-Kosten-Analysen errechnet das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) jedes Jahr für jede DRG den Durchschnitt der Behandlungskosten und setzt ihn ins Verhältnis zum Durchschnitt aller Krankenhausfälle (sog. Relativgewicht einer DRG). Die Höhe der Fallpauschale (der Preis) für eine DRG, beispielsweise mit Relativgewicht 1,00, die also den Durchschnittskosten einer Krankenhausbehandlung entspricht, wird politisch festgesetzt (sog. Landesbasisfallwert). Gegenüber diesem Festpreissystem wären Durchschnittspreise noch fataler, denn sie würden einen systematischen Kellertreppeneffekt in Gang setzen: Alle sparen bei den Kosten, damit sinkt der Durchschnittspreis und sie müssen noch mehr sparen. Eine weitere Steigerung der Ökonomisierung sind dann Marktpreise, wie sie im Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) versuchsweise für einige Bereiche geplant sind. Die leistungsorientierte Vergütung nach DRGs soll über einen dauernden Kostendruck durch ein niedriges Preisniveau zu einem starken Anreiz für »wirtschaftliches« Handeln führen. Dabei erscheint der Kostendruck als – vermeintlicher – Sachzwang.

Im Zentrum aller Überlegungen der Betriebsleitungen der miteinander im Wettbewerb stehenden Krankenhäuser steht also das Geld, nicht das individuelle Patientenwohl. Gewinn und Verlust eines Krankenhauses hängen schließlich davon ab, ob es gelingt, effizienter zu wirtschaften als bei der Kalkulation der Pauschalvergütung berechnet.

Aus dieser Systematik erklären sich nicht nur die zwangsläufigen systemischen Fehlanreize des Fallpauschalensystems, sondern auch ihre durchschlagende Wir-

kung auf die Versorgungsstrukturen und -prozesse in den Krankenhäusern. Das einzelne Krankenhaus kann sich bei Strafe seines Untergangs dieser Dynamik nicht entziehen. Zu den ausdrücklich erklärten Zielen des DRG-Systems und des Krankenhausstrukturgesetzes von 2015 gehören zudem die Schließung unwirtschaftlicher Krankenhausabteilungen und Krankenhäuser. Dabei sagt ökonomische Effizienz nichts aus über die Bedarfsnotwendigkeit oder Behandlungsqualität eines Krankenhauses. Diese sind aber für die Verwirklichung des Patientenwohls entscheidend.

► **Marktgerechtes Verhalten als Krankenhaus: Einnahmen rauf, Ausgaben runter**

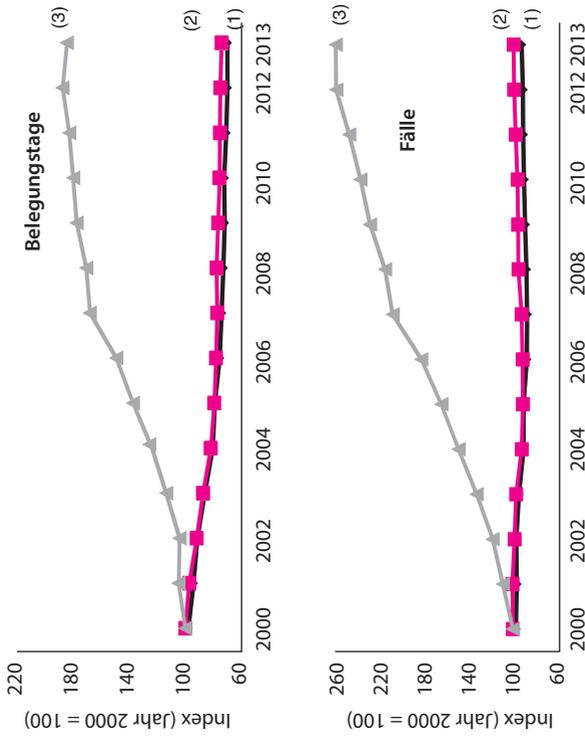
Wie verhält sich ein Krankenhaus marktgerecht? Indem es seinen »Kunden« mehr Produkte verkauft und seinen Erlös steigert, mehr lukrative Krankenhausbehandlungen durchführt und mehr lukrative Operationen und andere invasive Prozeduren indiziert, die die Fallpauschalen steigern. Ökonomisch ist eine solche Strategie stets richtig, egal ob die Maßnahmen medizinisch sinnvoll und erforderlich sind oder unsinnig und eigentlich eine Körperverletzung darstellen. Bemerkenswert ist, dass sich ein großer Anteil der Fallzahlsteigerungen der letzten Jahre in Kliniken privater, gewinnorientierter Krankenhausträger abgespielt hat.

→ siehe Abb. 1, Seite 17

Zur Steigerung der Effizienz eines Krankenhauses gehört gleichzeitig das Bemühen, alle Arten von Kosten beständig zu senken. Betriebswirtschaftlich und ökonomisch ist das immer zielführend, egal ob in sinnvoller Weise Abläufe vereinfacht und verbilligt werden oder ob in beinahe unmenschlicher Weise am Nötigsten gespart wird, prekäre Arbeitsverhältnisse Einzug halten, fachliche Standards missachtet und PatientInnen gewissenlos Risiken ausgesetzt werden. In vielen Bereichen wurden pflegerische und therapeutische Personalschlüssel so stark abgesenkt, dass eher von permanentem Krisenmanagement statt von Strukturqualität gesprochen werden muss. Dieser Mechanismus wird auch nicht außer Kraft gesetzt, wenn Studien vorrechnen, dass sich mehr Personal deshalb zum Teil selbst refinanziert, weil mit mehr Personal die Krankenstände sinken. Die im Krankenhaus tätigen Berufs-

Abb. 1: Kennzahlen nach Trägerschaft

Allgemeine Krankenhäuser



	öffentlich	frei-gemeinnützig	privat
	Belegungstage in 1.000		
2007	65.364	45.497	19.082
2008	64.276	45.769	19.379
2009	63.590	44.131	20.156
2010	63.786	44.563	20.438
2011	62.612	44.423	20.762
2012	61.847	44.238	21.304
2013	61.883	43.687	20.948
	Fälle in 1.000		
2007	8.416	5.846	2.408
2008	8.480	6.025	2.487
2009	8.581	6.044	2.644
2010	8.667	6.075	2.743
2011	8.739	6.184	2.860
2012	8.756	6.270	2.994
2013	8.880	6.298	2.999

Quelle: destatis und DKG

I/Gü 4. März 2015

gruppen klagen in Umfragen, dass sie ihre berufsethischen Ansprüche und Verpflichtungen in immer geringerem Maße umsetzen können.

Gut organisierten, stark spezialisierten Fachkliniken, die nur planbare Behandlungen durchführen und Notfallbehandlungen vermeiden, die an Personal und Lohn sparen und Patientenselektion betreiben, gelingt es dabei deutlich leichter, effiziente Ablauf- und Kostenstrukturen zu entwickeln und Gewinne zu erwirtschaften. Hier erwirtschaften profitorientierte private Klinikkonzerne trotz des Kostendrucks im DRG-System satte Renditen und kaufen weitere Krankenhäuser auf. Auf der Verliererseite stehen zum Beispiel Krankenhäuser der Grund- und Maximalversorgung in öffentlicher Hand. Diese müssen stets auf alle Eventualitäten und Notfallbehandlungen vorbereitet sein. Sie behandeln PatientInnen mit komplexem Schwierigkeitsgrad und erhöhten Versorgungsbedarfen wie Kinder und Jugendliche, PatientInnen in hohem Lebensalter und mit geriatertypischen Erkrankungen wie Demenz oder PatientInnen mit Behinderung. Dafür erhalten sie ungeachtet ihres unvermeidlich höheren Aufwands in schematischer Weise die gleichen Fallpauschalen (»gleiches Geld für gleiche Leistung«). Daran ändert auch ein geringer Zuschlag für die Teilnahme an der Notfallversorgung nichts. Betriebskostendefizite sind oft unausweichlich und führen in der üblichen schematischen betriebswirtschaftlichen Beurteilung zu dem Vorwurf der Ineffizienz. Ein »Marktaustritt« wäre nach den Zielsetzungen des KHSG von 2015 aus wirtschaftlicher Sicht wünschenswert.

► Die Krankenhauslandschaft wandelt sich von Grund auf

Die Folgen sind unübersehbar: Die gesamte Krankenhausmedizin wandelt sich längst grundlegend nach ökonomischen Kriterien. Anstatt nach Patientenwohl und Versorgungsbedarf zu fragen, schauen die für die Daseinsvorsorge in der Krankenhausplanung verantwortlichen Landesbehörden meist tatenlos zu. Sie geben sich ganz offensichtlich der Illusion hin, der Markt werde es schon – zum Besten für »alle« – richten.

Lukrative Bereiche wie – aktuell – die interventionelle Kardiologie und Wirbelsäulenoperationen werden in Gewinnerwartung von den Krankenhäusern gezielt ausgebaut, ökonomisch unattraktive Fachabteilungen wie Kinderheilkunde, Ge-

burtshilfe und Geriatrie abgebaut. Der deutsche Ethikrat kritisiert, dass das Abrechnungssystem nach Fallpauschalen im Prinzip unterschiedliche Patientengruppen in Konkurrenz zueinander setze. Nach den Angaben der *Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland* und der *Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin* wurde seit 1991 fast jede fünfte Kinderabteilung geschlossen, vier von zehn Betten in der stationären Kinder- und Jugendmedizin wurden gestrichen.⁴

Der deutsche Ethikrat beschrieb die Situation im April 2016 so: »Unter den mit den DRGs eingeführten Rahmenbedingungen besteht aus ökonomischer Perspektive die Gefahr, den Patienten nach der Diagnosestellung und diagnosebezogenen Behandlung zu früh aus dem Krankenhaus zu entlassen. Solche und andere Handlungsweisen wie zum Beispiel eine ausgeweitete Indikationsstellung oder eine Fragmentierung des Behandlungsprozesses legen die auf Basis empirischer Untersuchungen mittlerweile gut begründete These nahe, dass der Patient unter Bedingungen des derzeitigen DRG-Systems weniger in seiner individuellen Bedürftigkeit als vielmehr als ein pauschalierter Behandlungsfall wahrgenommen wird. Hiermit droht eine veränderte Arzt-Patient-Beziehung. Denn wenn die Fallpauschale die Sicht des Arztes auf den Patienten als Individuum überformt und ihre Funktion von einem Mittel für die Abrechnung hin zum Zweck der Behandlung verändert, erscheint das wichtige Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient ernsthaft gefährdet. (S. 71) (...) Bestätigt wird aber in Studien, dass der Konflikt nicht nur auf der Ebene der unmittelbaren Patientenbehandlung angekommen ist, sondern sich auch mit der DRG-Einführung deutlich verschärft hat. (S. 72) (...) So gibt es empirische Hinweise, dass die implizite Rationierung von Pflegeleistungen in Deutschland im Vergleich mit elf weiteren europäischen Ländern besonders ausgeprägt ist.« (S. 79)

4 Vgl. Presseinformation der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin vom 11. April 2014: www.dgkj.de/service/meldungsarchiv/meldungen/2014/presseinfo_rettet_die_kinderstation (abgerufen am 28.09.2015)

► Das Krankenhausstrukturgesetz (KHSKG) von 2015 verschärft die Fehlentwicklung

Das KHSKG ist der Versuch, schneller in eine Sackgasse hineinzulaufen: Ein im Kern ungeregeltes Marktgeschehen soll lediglich beeinflusst werden, z.B. mit Preismanipulationen. Auch die Herangehensweise an Qualität als Mittel zur Selektion statt als Zweck einer Behandlung folgt diesem Muster: Unter dem Slogan »Qualität« werden Selektivverträge mit frei (nach unten) verhandelbaren Preisen eingeführt und das bislang gültige Festpreissystem der G-DRGs aufgebrochen. Auch die geplanten finanziellen Sanktionen für Krankenhäuser mit schlechter Behandlungsqualität gehen im Falle versorgungsnotwendiger Krankenhausabteilungen schlicht am Bedarf vorbei. Wie soll die Qualität bei noch mehr Kostendruck steigen?

Das KHSKG verpflichtet Gesundheitsfonds und Bundesländer, bis zu insgesamt eine Mrd. Euro für einen Strukturfonds aufzubringen, »zur Verbesserung der Versorgungsstruktur insbesondere den Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten, sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre lokale Versorgungseinrichtungen (z.B. Gesundheits- oder Pflegezentren, stationäre Hospize) zu fördern.« Werden damit Klinikbetten abgebaut, für die kein Bedarf in der Versorgung besteht, oder solche, die nicht kostendeckend oder profitabel zu »bewirtschaften« sind?

► Unser Fazit

Konkurrenz und Wettbewerb widersprechen einer Bedarfssteuerung. Krankenhäuser sollten kooperieren, um ihren Auftrag bedarfsgerecht zu erfüllen. Krankenhausleistungen mit Preisen zu belegen, führt zu falschen Anreizen. Im Gesundheitswesen braucht es unbedingt eine Trennung von Leistung und Vergütung; diese erreicht man am besten durch Selbstkostenfinanzierung mit entsprechenden demokratischen Kontrollen der Leistungserbringer. Eine gemeinwohlorientierte Daseinsvorsorge im stationären Bereich braucht statt des deutschen Fallpauschalensystems eine wissenschaftlich unterstützte, integrierte Bedarfsplanung auf lokaler, regionaler und überregionaler Ebene. Dazu gehören auch allgemeinverbindliche Personalvorgaben und eine Finanzierung, die dem Bedarf gerecht wird.